

なかむら整形外科

問診票

ID ()

ふりがな () 携帯番号 ()

お名前 男・女 自宅電話 ()

生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日生 年齢 歳

ご住所 〒

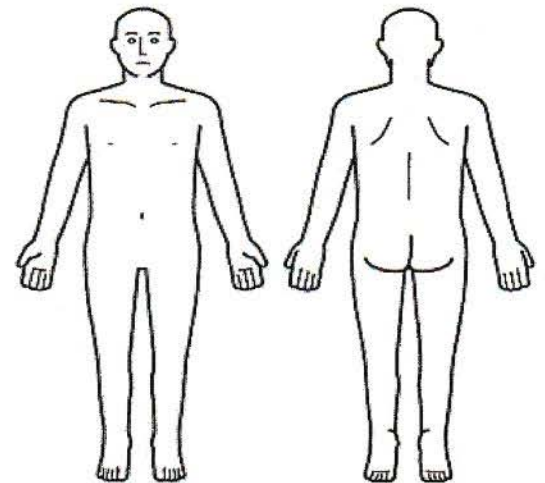
① 本日は交通事故・労災による症状ですか？

☐いいえ ☐はい⇒(☐交通事故 ☐労災)

※後からの労災変更は受け付けておりません。

② どのような症状でご来院されましたか？

*いつから？



*どこが？ ※図に○もつけてください

*どのように？(例:腫れている、痛い他)

*原因は？

③ 過去に大きな病気・手術をしたことはありますか？

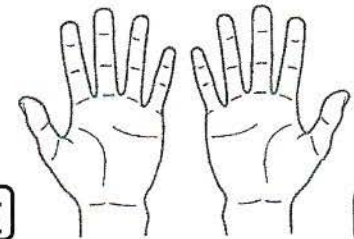
☐いいえ ☐はい

病気(歳、病名…)

手術(歳、部位…)

左

右

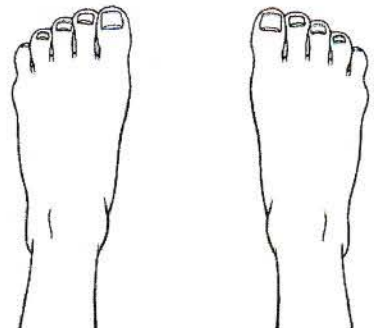


④ 現在、他院で治療中のご病気はありますか？

☐いいえ ☐はい(病名…)

左

右



⑤ 現在、服用中のお薬はありますか？

※お薬手帳を受付にご提出ください

☐いいえ

☐はい(薬名:)

※ お薬手帳ご持参の方は記入不要です

※裏面へ

⑥ 今までに薬や食べ物でアレルギー症状を起こしたことがありますか？

☐いいえ ☐はい⇒具体的に()

⑦ ご職業 ()

*身体を使うご職業でしょうか？

☐いいえ ☐はい⇒職種を教えてください()

⑧ スポーツはされますか？

☐いいえ ☐はい

内容() 頻度()

⑨ 女性の方のみ 現在妊娠中の可能性はありますか？／授乳中ですか？

妊娠の可能性 ☐いいえ ☐はい(週目)

授乳中 ☐いいえ ☐はい

⑩ 当院はどのようにして知りましたか？

友人・知人の紹介／他院の紹介／インターネット(Yahoo 、 Google 、 iタウンページ 、 江東区時間 、 その他)
外看板／回覧板／その他()

マイナンバーカードをご利用の方のみ

●マイナ保険証による、診療情報取得に同意しましたか？ ☐はい ☐いいえ

●他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ ☐はい ☐いいえ

- ・当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
 - ・正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

※医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)

備考